

Psicoanalisi - psichiatria antinomia psichica e integrazione operativa

Adriano Pignatelli, Roma

Esiste una dicotomia sempre più evidente tra la psichiatria e la psicoanalisi. La prima si sta rifondando sotto la spinta incalzante delle recenti acquisizioni delle neuroscienze. La seconda, sempre più afflitta dai suoi stessi insuccessi terapeutici intesi come mancata risoluzione sintomatologica dei quadri clinici, riscopre la dimensione antropologica e, di fatto, si allontana sempre di più dal sapere scientifico.

Il divario sembra ormai incolmabile. I modelli di riferimento procedono in direzioni opposte: la psichiatria è sempre più attenta ai meccanismi patogenetici che sono alla base delle singole manifestazioni psicopatologiche (fisiologia e fisiopatologia dei neurotrasmettitori e dei loro recettori) e su questi presupposti, con l'aiuto di una farmacoterapia sempre più selettiva, tenta di ricostruire, dopo anni di sostanziale immutabilità, la nosografia psichiatrica (diagnosi categoriale e dimensionale) aprendo nuovi e fruttuosi orizzonti di conoscenza; la psicoanalisi, di contro, forte del concetto di inconscio, postulato e metafora fondamentale, dopo anni molto fecondi scopre i limiti della sua stessa teoria, dubita della scientificità del suo sapere e si trova di fatto a navigare in acque incerte, recettiva ad ogni «discorso» ma sempre più in difficoltà a proporre un suo «discorso». Parallelamente la psicologia analitica assai più povera, nei decenni passati, di una sua produzione culturale, presumibilmente per un impianto teorico sostan-

zialmente fenomenologico, contrapposto quindi a quello naturalistico della psicoanalisi, ha riacquisito di fatto le teorie post-freudiane, appropriandosi in modo particolare delle loro metafore, salvo riconoscere qua e là embrioni di sapere nel pensiero del suo fondatore.

Oggi però è necessario operare una scelta radicale:

abbandonare il metodo delle scienze naturali (cosa che lo stesso Jung non è stato in grado di fare sia per la sua formazione medica, fortemente ancorata al neo-positivismo di quel periodo, sia per un debito storico e/o psicologico nei confronti della psicoanalisi e dello stesso Freud a cui non ha mai disconosciuto il valore clinico del metodo di indagine) per accedere definitivamente all'ordine fenomenologico dove il significato, il senso e l'apertura alla dimensione simbolica diventano il fondamento della conoscenza.

Se l'angoscia dell'Io sembra placarsi nella chiarezza apollinea di una spiegazione causale del suo disagio, la clinica di contro ci insegna quanto questo placarsi sia effimero e come e quanto il sintomo appaia di nuovo più forte e più stabile che mai ristabilendo un ordine e una gerarchia consolidata.

È proprio il fallimento della possibilità trasformativa del soggetto inevitabilmente legato, nella sua accezione più stretta, all'energia e alla sua dinamica trasformativa (modello strettamente connesso alle scienze naturali) che ci obbliga a rivalutare la psiche come luogo propriamente umano dove l'ampliamento dell'orizzonte di coscienza coincide con la consapevolezza della complessità fenomenica del mondo e della psiche. Il processo trasformativo di cui lo stesso Jung parla, ha sempre sullo sfondo il modello alchemico dove l'opus tende al riequilibrio dei quattro elementi della prima materia attraverso una continua e dinamica tensione degli opposti che «non si conclude con l'annichilimento o la composizione di essi, bensì con la loro durata eterna, o meglio atemporale, in una tensione portatrice di creazione e di sviluppo» (1).

Abbandonare la medicalizzazione della psiche per valorizzare ogni espressione anche psicopatologica fino alle più estreme distorsioni immaginifiche hillmaniane (2) significa riconoscerne tutte le potenzialità e restituire

(1) S. Fissi, «Attualità dell'alchimia: metodo dell'opus, molteplicità psichica e trasformazione», *Studi Junghiani*, Voi. 2, n. 2, 1996, Il Pensiero Scientifico Editore. (2) J. Hillman, *Revisione della psicologia*, Milano, Adelphi, 1983; *Fuochi Blu*, Milano, Adelphi, 1996.

dignità all'uomo in ognuna delle sue possibili esistenze. L'archetipo, che sottende ogni unilateralizzazione psichica, può essere quindi inteso sia come una configurazione mitologica da cui meglio ci sentiamo rappresentati, sia come una struttura trascendente, intendendo quest'ultima come «vuoto e nudo reticolato da cui dipende il significa- (3) u. Gaiimberti, *Fenomeno-* to che il mondo assume per ciascuna esistenza» (3). *logiae psichiatria*, Milano, Fei- |_arte dell'ermeneutica, come dimensione di un senso

tnnelli, 1979.

perennemente instabile, fondata su un'affettività circolare del rapporto soggetto-oggetto, caratterizza gli aspetti salienti della relazione analitica. Uscire da noi stessi e dai nostri letteralismi è tentativo nobile e necessariamente fallimentare per riconoscerci ed essere.

Se reperiamo in questo breve discorso le coordinate entro le quali si muove oggi la psicoterapia, evidenziamo facilmente l'inutilità, se non addirittura il danno, di una psichiatria diagnostica e classificatoria. Ma questa posizione, anche se partendo da presupposti diversi, è già stata propria della cultura psicoanalitica e ha mostrato i suoi limiti nello stesso arroccamento culturale che l'ha inevitabilmente allontanata da un sapere altro in continua evoluzione. Il mio riferimento è chiaro: le scienze naturali sono in continua e rapida evoluzione ed è di fatto oggi impensabile non confrontarsi con questo sapere. E questo per due motivi sostanziali: uno strettamente clinico, legato ai buoni risultati terapeutici che questo stesso sapere ha prodotto (con una vasta risonanza di pubblico tanto inquietante, peraltro, quanto evidente), e l'altro per l'inaccettabile limite culturale per un clinico, studioso dell'uomo, di rimuovere quel polo della psiche che è materia, come lo stesso Jung non si stanca mai di ricordare, in senso stretto e non metaforico o simbolico: è la consapevolezza di essere inequivocabilmente e indissolubilmente legati alla materia.

Ed è proprio la consapevolezza che le «malattie psichiche» sono anche malattie del cervello a obbligarci alla sua conoscenza sia anatomica che funzionale, fondata necessariamente sulle scienze naturali. In questi ultimi quindici anni i progressi in questa direzione sono stati notevoli e si sono via via formulate ipotesi sempre più attendibili sull'implicazione di particolari neurotrasmettitori,

di *down e up regulation* recettoriale, riferiti a specifici e meno specifici quadri clinici appartenenti a sindromi diverse, che hanno a loro volta permesso di formulare il concetto di spettro in base anche alle somiglianze nelle caratteristiche psicopatologiche: si è quindi aperta la possibilità di una lettura trasversale dell'attuale nosografia. La psichiatria descrittiva e classificatoria così come è stata definitivamente ordinata all'inizio di questo secolo subirà probabilmente radicali cambiamenti, il più significativo e profondo dei quali riguarda la sua stessa suddivisione in disturbi nevrotici e disturbi psicotici: due capisaldi condivisi fino ad oggi anche dalla psicoanalisi.

Ma che questa distinzione tra malattie nevrotiche e malattie psicotiche vacillasse se ne è accorto, attraverso ovviamente tutt'altro percorso, anche il mondo analitico, proprio nella sua prassi terapeutica che ha visto sconfinare sempre più spesso la sua indagine in problematiche preedipiche. Questo sta comportando una globale revisione della teoria, che si vede costretta ad accettare nuclei preedipici (psicotici) in pazienti tradizionalmente nevrotici, e della tecnica, che ha fatto sue molte delle modalità prima confinate al solo trattamento degli psicotici. Nel pensiero di Jung, invece, la distinzione tra nevrosi e psicosi è stata assai più sfumata e questo grazie al suo stesso impianto teorico basato sui complessi a tonalità affettiva racchiudenti parti di psiche, di vario ordine e grado e relativamente autonome, capaci di porsi in relazione o di imporsi al complesso dell'Io; e anche le sue stesse affermazioni muovono in questa direzione: infatti se è vero che egli parla della «sicurezza delle basi» che garantiscono dall'invasione psicotica, di fatto poi evidenzia la mancanza di soluzione di continuità tra i due quadri quando racconta dei suoi numerosi pazienti ambulatoriali affetti da schizo-frenia latente. E mi sembra di poter confermare questo orientamento proprio attraverso l'esperienza clinica laddove questa privilegia la reciprocità empatica nella valorizzazione dell'unicità dell'esistenza altrui: in questa disposizione d'animo, infatti, sembra sfumare fino a dileguarsi del tutto l'evidenza del «disturbo psicotico», pur restando questo chiaramente presente sul piano sintomatico (sintomi positivi, sintomi negativi, depressione ecc.).

Questo è un esempio di quanto approcci epistemologicamente così lontani possano, a volte, sul piano strettamente teorico, arrivare a concettualizzazioni simili se non uguali: la cultura tutta esprime lo spirito del tempo. Ma al di là di una convergenza possibile nel riscrivere la psicopatologia partendo da presupposti così diversi, psichiatrico e analitico, è necessario dare una risposta sul come lo psicoterapeuta «utilizza» nella sua pratica clinica le conoscenze provenienti dalla psichiatria organicista. L'unica risposta possibile mi sembra essere quella che privilegia, ovviamente sul piano del conscio, la tensione degli opposti giocata tra due saperi che propongono due letture antinomiche dell'«oggetto uomo». Sul piano della relazione il contro-transfert diviene il luogo naturale dove la tensione tra questi opposti assume la massima evidenza ed è quindi là che va «risolta». Ma se pure è vero, come facilmente si potrebbe obiettare, che il nostro essere analisti ha già privilegiato uno degli opposti aderendovi totalmente, è anche vero che essendo il nostro un discorso della psiche sulla psiche, siamo di fatto naturalmente portatori di tale antinomia che, viceversa, nella scelta stessa del nostro lavoro abbiamo dovuto negare, agendo. La tensione quindi c'è e deve esserci. Che fare allora? Evitare che questa diventi conflitto mantenendo un atteggiamento simbolico evocatore della ricomposizione di un intero di per sé irraggiungibile. Affermazione apodittica, difficilmente confutabile, ma irta di difficoltà.

Vorrei adesso fare tre ordini di considerazioni legate a queste difficoltà che potrebbero sottostare a una possibile rinuncia, anche se solo temporanea, all'atteggiamento simbolico che abbiamo detto, di contro, essere necessario una volta operata la scelta psicoterapeutica:

- 1) L'inconfutabile azione benefica, in alcuni casi, dei farmaci.
- 2) Il conscio collettivo che, oggi, per motivi diversi, enfatizzando l'efficienza e il benessere dell'uomo, favorisce la lettura del disagio psichico come malattia prettamente organica.
- 3) La tipologia del paziente che abbiamo di fronte. Prendiamo in considerazione alcuni quadri psicopatologici in cui possiamo avere miglioramenti sintomatici e

psicologici statisticamente significativi utilizzando farmaci appropriati: tutti i disturbi dell'umore dalle depressioni lievi (un tempo dette reattive) fino alle più profonde depressioni maggiori (già psicotiche), a tutte le forme bipolari e a quelle unipolari maniacali; tutte le forme di schizofrenia specialmente quelle a prevalente sintomatologia positiva (allucinazioni, deliri, ecc.); disturbi alimentari specialmente bulimie!; quadri fobici specie nella versione di attacchi di panico; sintomatologia ossessivo-compulsiva; nevrosi d'angoscia.

È viepiù complicato, avendo ben chiari, senza enfasi, gli spazi clinici che ci offre la psichiatria farmacologica, rinunciare a priori sia nelle forme più gravi sia nelle situazioni che fino ad oggi non erano state interessate neanche teoricamente da una possibilità di intervento medico. Queste ultime erano quelle di più tradizionale appannaggio psicoterapeutico e sono rappresentate da persone con un funzionamento psicologico e sociale a volte anche buono. Come proporre ai primi, ma tanto più al secondo tipo di pazienti la terapia del senso che non offre evidenti miglioramenti ma essenzialmente arricchisce l'uomo nella sua dimensione esistenziale? Come valorizzare il nostro lavoro per reggere il confronto anche con le psicoterapie dell'io assai più interessate alla risoluzione del sintomo che alle potenzialità dell'uomo? E come e quanto pesa la nostra personale *Weltanschauung* inestricabilmente legata alla nostra tipologia non esente necessariamente da preconcetti ideologici? È anche difficile offrire un «prodotto» convincente con un archetipo del salvatore, certamente ridimensionato ma necessariamente presente e fin troppo frustrato, e un «mercato» troppo poco recettivo a una riscoperta della dimensione umanistica. Certamente tutti questi interrogativi esprimono la complessità del problema che tende ad assumere il sapore di un conflitto insanabile, di uno scontro ideologico, quando le ragioni dell'uno negano di fatto le ragioni dell'altro. È questo il rischio che stiamo correndo. Infatti la coscienza collettiva, espressione dell'uomo massa di oggi, è sempre più aggressiva nel proporre-imporre i suoi valori-disvalori, tra i quali necessariamente rientrano gli psicofarmaci significativamente propagandati come pillola della felicità.

(4) C.G. Jung (1947-1954), «Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche», in *La dinamica dell'inconscio. Opere*, Voi. 8, Torino, Boringhieri, 1976, p. 236.

(5) C. Gullotta, G. Cerbo, L. Pavone, A. Pignatelli, D. Fallicela, F. Alfani, V. Caretti, «Analytical Psychology and Psychopharmacology», in *Atti del Convegno: Zürich 95. Open questions in analytical psychology*, a cura di Mary Ann Mattoon, Daimon Verlag, 1997.

(6) C.G. Jung (1947-1954), «Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche», *op. cit.*, pp. 199-200.

Emblematico in questo senso il passo di Jung quando dice: «Maggiore è la carica della coscienza collettiva, più l'io perde la sua importanza pratica...: il risultato è l'uomo massa, sempre vittima di un qualche 'ismo'.[...] Tutti vogliono [...] l'identificazione assoluta dell'individuo con una 'verità' necessariamente unilaterale... [che] blocca l'ulteriore evoluzione spirituale» (4). Evitare la contrapposizione recuperando un'identità debole e instabile del nostro essere analisti ci permette di riflettere meglio sullo specifico, cogliendo reali vantaggi e svantaggi del farmaco stesso per poterne poi valutare il senso in un possibile intervento integrato. Sappiamo da un'intervista di Jung rilasciata nel 1957 che egli era contrario all'uso degli psicofarmaci in quanto essi altererebbero le strutture morali più profonde dell'uomo, aprendo la strada a ogni forma di suggestione (5).

Ma questa affermazione apodittica sembra almeno in parte essere smentita dallo stesso Jung quando afferma che «la psiche in quanto tale non può essere spiegata in base al chimismo fisiologico se non altro perché essa è... l'unico fattore naturale capace di trasformare strutture sottoposte alle leggi naturali... in stati 'superiori' o 'innaturali'... lo psichico appare come un'emancipazione della funzione dalla forma istintuale e dalla sua obbligatorietà» (6). Se l'emancipazione della funzione dalla forma istintuale fosse veramente tale fino in fondo l'oggetto del nostro studio, l'uomo, sarebbe cartesianamente scisso in anima e corpo e le nostre due discipline non avrebbero motivo né di costituire, nella nostra psiche, una coppia di opposti né di collidere nelle scelte operative, come oggi troppo spesso accade.

Il problema si pone proprio in relazione al fatto che il nostro modello di psiche non presenta soluzione di continuità tra la sua parte inferiore, che trova nella materia stessa le sue radici, e la parte superiore che coincide di fatto con lo spirito. E credo che la clinica ci dia ragione di questo modello. Infatti mi sembra di poter affermare con sufficiente sicurezza clinica che l'interferenza esercitata singolarmente e separatamente su ciascuna delle due estremità della psiche abbia una eco generale sulla psiche in toto. Ciò equivale a dire che un intervento

esclusivamente farmacologico, mirato quindi sulla parte inferiore della psiche, ha evidentemente un chiaro riverbero sulla sua estremità opposta (cambia, per esempio, il tono dell'umore e con questo i contenuti della relazione analitica, dai sogni all'attribuzione di senso) come, di contro, ma questo è meno evidente ad occhio nudo, operando esclusivamente sulla sua parte superiore, spirituale, secondo quanto accade per esempio nel lavoro analitico. Mantenendo fermo il concetto che la *Weltanschauung* del singolo è archetipicamente determinata come struttura trascendente («vuoto e nudo reticolato da cui dipende il significato che il mondo assume per ciascuna esistenza») possiamo con una certa tranquillità non condividere quanto afferma Jung a proposito dei farmaci e cioè che essi alterano le strutture morali più profonde dell'uomo. A meno che non interpretiamo quanto da lui detto in senso molto più ampio e cioè che è anti etico lo stesso fatto di affidarsi al farmaco in quanto destituisce l'uomo della sua prerogativa di fare senso: sarebbe quindi un comprensibile grido di allarme contro la società contemporanea. Ma proprio in margine a questa considerazione non possiamo non tener presente il problema dei tipi che a seconda delle loro prerogative, estroverse o introversive, privilegiano naturalmente la loro attenzione al mondo esterno o viceversa al mondo interno determinando nei fatti un'opposta adesione di massima alla modalità con cui affrontare il proprio disagio psichico.

Possiamo quindi concludere che la psicoanalisi da una parte e la psichiatria organicista dall'altra si occupano legittimamente di due aree della psiche solo idealmente scisse, considerate cioè «come se» lo fossero realmente senza però esserlo, per poter aderire così appieno a due modalità di indagine epistemologicamente diverse, appartenendo l'una all'ordine fenomenologico delle scienze dello spirito e l'altra al materialismo proprio delle scienze della natura.